

Проф. С.И.Пиманов, проф.Н.Г.Луд

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Кафедра госпитальной терапии и кафедра онкологии, лучевой
диагностики и лучевой терапии Витебского медицинского института
(ректор - проф.А.Н.Косинец)

Проанализированы основные принципы подготовки специалистов ультразвуковой диагностики в Республике Беларусь и в других странах. При большом значении метода ультразвуковой диагностики здравоохранение Республики Беларусь не располагает в настоящее время концепцией ультразвуковой диагностической службы. Далека от совершенного решения проблема первичной специализации, субспециализации и аттестации врачей ультразвуковой диагностики. В дискуссионном порядке предлагается ряд положений по уточнению статуса врача-сонолога и по совершенствованию образования в области ультразвуковой диагностической службы.

“В последнюю четверть века стало окончательно ясно, что рентгенология утратила не только свою целостность единой “суверенной” специальности, но и многолетнюю монополию на “производство медицинских изображений”. Появление новых методов лучевой диагностики, использующих как ионизирующие, так и другие виды излучений, и новая информационная технология коренным образом перестроили систему медицинской диагностики.”

Л.Д.Линденбратен, 1995 [3].

Ультразвуковая диагностика имеет для здравоохранения нашей республики, большее значение, чем для развитой западноевропейской страны, так как при относительно хорошей оснащенности ультразвуковыми аппаратами мы значительно отстаем в доступности рентгеновской компьютерной томографии и ядерно-магнитно-резонансного исследования [2, 5, 7].

В настоящее время здравоохранение Республики Беларусь не располагает концепцией ультразвуковой диагностической службы, согласованной с доктриной деятельности такой важной отрасли, как лучевая диагностика. Такая же проблема существует и в России [1], хотя там специальность “ультразвуковая диагностика” отделилась от лучевой диагностики в самостоятельную. На I съезде Белорусской Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в октябре 1996 г. было отмечено, что Министерство Охраны Здоровья Республики Беларусь еще фактически не определилось с такой специальностью, как ультразвуковая диагностика.

Как ни парадоксально, такое заявление радует, потому что гораздо опаснее было бы непродуманное директивное решение, горькие плоды которого пришлось бы пожинать нашему здравоохранению еще многие годы. Во всем мире существует объективная сложность определения статуса врача ультразвуковой диагностики (УЗД). С одной стороны, УЗД - составная часть лучевой диагностики, с другой - специалисты самых различных областей медицины активно осваивают этот метод исследования. Известна практика работы в некоторых крупных клиниках Германии, когда своим курируемым больным ультразвуковое исследование (УЗИ) осуществляют лечащие врачи самостоятельно, прибегая к помощи квалифицированных коллег-специалистов только при обнаружении сложной патологии или ее нестандартных вариантов.

Проблема подготовки кадров и принадлежности УЗД активно обсуждается в различных странах [5, 7]. В нашей республике ситуация с обучением врачей УЗД находится в сложном положении. Почти полное отсутствие специальной литературы, чрезвычайно высокие цены на имеющиеся издания усугубляют положение. Очередь на первичную специализацию по УЗД врачи ожидают годами, обучение длится всего два месяца (при подготовке врача лучевой диагностики - 4-5 месяцев), после курса подготовки молодые специалисты, судя по имеющимся у нас наблюдениям, практически неспособны к самостоятельной квалифицированной работе. Объективные сложности и недостатки существующей системы подготовки врачей УЗД привели авторов к написанию данной статьи дискуссионного характера.

Обратимся к зарубежному опыту. На Пятом международном симпозиуме "Столкновение новой технологии визуализации со здравоохранением, научными исследованиями и преподаванием во всем мире", состоявшейся в Сан-Франциско (США) в августе 1992 г. ведущие эксперты пришли к выводу, что обучение радиологии (рентгенологии, рентгеновской компьютерной томографии, ЯМР, ультразвуковой диагностике, сцинтиграфии, интервенционные лечебно-диагностические методы) должно проводиться в течение шести лет. Курс обучения только в резидентуре стоит около 80 тыс. долларов [7].

В ноябре 1992 г. в г.Мюнстере (ФРГ) прошел семинар по проблемам субспециализации в диагностической радиологии, организованный Европейской ассоциацией радиологов. Были выработаны основные принципы европейской системы подготовки радиологов, которые в дальнейшем дополнены на заседании Европейского колледжа по радиологическому образованию (EUCOR) и рабочей группой Комиссии по образованию Европейской ассоциацией радиологов. Определены следующие фундаментальные положения: 1) право на специализацию в области диагностической радиологии имеют лица с дипломом о высшем медицинском образовании, имеющие стаж постдипломной клинической практики не менее 1 года; 2) специалист в области общей радиологии должен обладать навыками исследования всех систем организма на уровне, необходимом для больниц общего профиля, с выдачей обоснован-

ного и глубокого клинического радиологического заключения; субспециалист обязан уметь проводить и планировать обследование больного в качестве равноправного участника колллектива специалистов; 3) продолжительность обучения радиологии должна составлять 5 лет (46 недель в год по 40 часов), из которых первые 4 года посвящаются изучению основ радиологии (рентгенодиагностика, ультразвук, КТ, ЯМР всех органов и систем), а пятый год - субспециализации или углублению знаний по общей диагностической радиологии [6].

Таким образом, врач лучевой диагностики, подготовленный по западноевропейской системе имеет следующие преимущества: широкий кругозор клинициста-диагноста, универсальность радиолога (суперспециализация), глубокое знание какого-то одного раздела радиологии (субспециализация), способность решить диагностическую проблему с больным самостоятельно, используя различные методы исследования. Наибольшая отдача от такого специалиста и необходимость в нем будет при работе в крупной клинике или диагностическом центре, оснащенном разнообразным современным оборудованием. Как известно, недостатки - это продолжение достоинств. Поэтому возможности разносторонне подготовленного врача лучевой диагностики не будут использоваться в полной мере в обычной городской больнице, не говоря уже о поликлинике, где имеется только рентгенологическая и ультразвуковая диагностическая аппаратура. В наших условиях серьезными недостатками подготовки радиолога по западноевропейским стандартам являются чрезвычайно высокая стоимость и отсутствие отечественной системы подобного обучения. Имеющиеся очень немногие в Республике Беларусь специалисты, удовлетворяющие вышеизложенным требованиям, сумели стать таковыми только благодаря счастливому стечению обстоятельств, включающих собственные высокие профессиональные способности и энергичность, а также возможность прохождения учебы в различных странах, обычно в Германии. В России "де факто" нет такой специальности - лучевой диагност [6].

Следовательно, повсеместная подготовка врачей лучевой диагностики по западным стандартам нереальна в настоящее время в нашей республике. Следует признать, что в большинстве лечебных учреждений могут успешно работать врачи лучевой диагностики, в частности ультразвуковой диагностики, имеющие только субспециализацию. Именно такой путь, который используют в нашей стране и за рубежом, считают приемлемым В.В.Митьков и М.В.Медведев [5].

Действительно, вполне логична ситуация, когда эхокардиографию осваивают кардиологи, ревматологи, врачи функциональной диагностики, УЗИ в гинекологии и акушерстве - гинекологи, УЗИ органов брюшной полости - хирурги и терапевты-гастроэнтерологи. В результате формируется специалист ультразвуковой диагностики, владеющий ультразвуковой диагностикой определенной области (субспециализация). Какие достоинства и недостатки такого узкого специалиста? Достоинствами является прекрасное знание изучаемой патологии,

умение извлечь при ультразвуковом исследовании максимально полную информацию. Процесс адекватного обучения по такому варианту значительно короче, дешевле. Впрочем, один из основоположников современной эхографии в гастроэнтерологии, французский ученый Френсис Вейль считает, что для того, чтобы свободно ориентироваться в диагностике патологии органов брюшной полости требуется не менее трех лет [5]. В наших условиях гинеколог в состоянии за два-три месяца освоить УЗД в акушерстве и гинекологии, уролог - УЗД в урологии и т.д. Недостатки узкого специалиста очевидны - отсутствие знаний в смежных областях УЗД и медицины. Выход из этого положения имеется - постепенное освоение врачом смежных областей УЗД, которые могут потребоваться в его работе. Кроме детального знания патологии определенной области, врач, проводящий УЗИ должен уметь в скрининговом режиме исследовать другие органы, осуществляя комплексное обследование. Вместе с тем, многообразие областей ультразвуковой диагностики столь велико, что высококвалифицированный сонолог-универсал может быть только исключением, но не правилом.

Мы подходим к чрезвычайно острому вопросу - кто должен осуществлять УЗИ? На наш взгляд, острота этого вопроса надуманная, искусственно созданная. Действительно, идет соперничество руководства рентгенологов (лучевых диагностов) с председателями Ассоциаций врачей ультразвуковой диагностики. От этой бессмысленной конкуренции страдают простые врачи УЗД. Недостаточно эффективна система обучения, издательская деятельность, не проводятся семинары, научно-практические конференции, нет продуктивной работы региональных обществ врачей УЗД, отсутствует единое централизованное методическое руководство, почти не формируются научные школы УЗД.

Лучевые диагносты считают, что в соответствии с приказом N 309 МЗ Республики Беларусь ультразвуковые исследования должны проводить только врачи лучевой диагностики. Пожалуйста, кто же мешает? Нужно быть реалистами. Ситуация такова, что например, в г. Витебске из рентгенологов в ультразвуковую диагностику пришли только 5% врачей. Еще 5-10% специалистов УЗД, которые исходно не были рентгенологами, "прописаны" к отделениям лучевой диагностики, причем врачи охотно идут на такое слияние, т.к. приобретают льготы врачей лучевой диагностики. На настоящий момент стихийно сложилась ситуация, когда большинство врачей УЗД не являются и не являлись когда-либо рентгенологами (лучевыми диагностами). Что же, запретить этим врачам заниматься УЗД? А если они уже имеют огромный опыт и высокую квалификацию? Логичный выход имеется: пройдите сертификацию, подтвердите свою квалификацию и работайте. Более того, В.В. Митьков и М.В. Медведев считают перспективными врачей УЗД, специализированных в определенной области [5].

Аттестация узкого специалиста, совмещающего свою основную работу с УЗД, в настоящее время находится в сложном положении. Можно понять необходимость первичной специализации по УЗД и лучевой диагностике, хотя получить направление в институт усо-

вершенствования на соответствующий цикл весьма сложно, а для совместителя - почти нереально. Как известно, для получения квалификационной категории врачу необходима периодическая переподготовка. Печально, что она может носить только формальный характер, т.к. в республике нет подразделений постдипломного обучения, которые одновременно наделены полномочиями официальной квалификационной подготовки и обладают возможностями обучения на высоком уровне, удовлетворяющем профессионалов. Это прежде всего касается интервенционных (диагностических) методов диагностики (биопсия под контролем ультразвукового изображения) и лечения (лечебные манипуляции под контролем ультразвукового изображения), причем мы еще не оценили значение последнего направления, позволяющего, например, уменьшить смертность при абсцессах печени почти в 10 раз [4]. Выход из сложного положения врачи пытаются найти, проходя стажировку на рабочих местах в крупных специализированных медицинских учреждениях, где достаточно высок профессиональный уровень специалистов УЗД, можно приобрести полезные навыки, однако формально такая стажировка обычно не учитывается при аттестации. Разумеется, стажировка на рабочем месте - далеко не идеальный способ обучения из-за отсутствия методического преподавания, перегруженности обучающихся врачей текущей работой, сложности решения вопросов проживания для иногородних обучающихся и проч. Обучающие врачи обычно не имеют никакого материального стимула от такой дополнительной нагрузки, как обучение коллег, основой для обучения служат личные контакты. В условиях зарождающихся рыночных отношений уже приходится сталкиваться с ситуацией, когда высококвалифицированные специалисты не хотят раскрывать свои профессиональные секреты.

Возможно, в столице перечисленные проблемы не имеют такой остроты, но в областных и районных центрах ситуация с УЗД весьма напряженная. Во-первых, не удовлетворяет практическим требованиям первичная подготовка врачей УЗД. Во-вторых, отсутствует система последующего текущего самообучения и обучения на семинарах, школах, тематических научно-практических конференциях и т.д. В третьих, нет реальной возможности повышения квалификации в узкой области специалистам, которые уже имеют достаточно большой опыт и высокий уровень знаний в интересующей их области УЗД. В четвертых, сертификация и аттестация знаний и опыта врачей УЗД находится в тупиковом положении.

Мы считаем, что задачей центрального руководства органов здравоохранения является выработка общей концепции ультразвуковой диагностики, предусматривающей многоступенчатое обучение, начиная со студенческой скамьи, многовариантный путь вовлечения в эхографию различных специалистов и возможность адекватной аттестации врачей. Задача органов здравоохранения на местах - создать возможности для реализации личностных качеств врачей, пригодных для занятия УЗД, обеспечить аттестацию специалистов.

Система обучения должна быть более гибкой, специализированной, что возможно при ее расширении за счет привлечения специалистов в крупных клинических центрах. Необходима объективная оценка профессиональной компетентности врачей в предполагаемых центрах обучения. Важной перспективной задачей является получение выхода в систему обучения по УЗД в западноевропейских странах. Необходимо учитывать, прежде всего, опыт России.

В Министерстве Здравоохранения Российской Федерации предполагаются серьезные организационные мероприятия в области УЗД. В течение 4 лет планируется провести кампанию выдачи сертификатов допуска к работе специалистов по ультразвуковой диагностике. Последующая аттестация будет невозможна без получения такого сертификата. Сертификационный экзамен включает: 1) оценку практических навыков (на основе характеристики с места работы); 2) тестовый экзамен; 3) собеседование. Условием допуска к сертификационному экзамену является наличие первичной специализации по УЗД в объеме 500-часовой учебной программы. В соответствии с приказом № 77 Департамента Здравоохранения г.Москвы с 1 сентября 1997 г. в г.Москве специализация в области УЗД станет возможна только после прохождения клинической ординатуры (не менее 2-х лет) по ультразвуковой диагностике, что соответствует перспективным планам МЗ Российской Федерации о введении обязательной для выпускников медицинских ВУЗов 3-летней клинической ординатуры как элемента последипломного обучения начинающего врача каждой специальности. Финансовые проблемы пока мешают осуществлению этого проекта. Как отметил на Международной конференции по ультразвуковой диагностике, приуроченной к пятилетию кафедры ультразвуковой диагностики Российской медицинской академии последипломного образования (21 марта 1997 г.) заведующий этой кафедры В.В. Митьков, сертификационные комиссии должны исходить из здравого смысла и учитывать реальную обстановку сегодняшнего дня: врачам, имеющим большой стаж работы в УЗД, высокую профессиональную подготовку в данной области и прошедшим 2-месячную специализацию, нет необходимости проходить первичную специализацию для получения сертификата допуска к работе. Кроме того, принимая во внимание разностороннюю субспециализацию внутри УЗД, при сертификации будет учитываться специализация конкретного врача, хотя тестовый контроль и формулировка в сертификате не предусматривают субспециализацию внутри ультразвуковой диагностики. По проблеме аттестации и сертификации врачей УЗД нам импонирует точка зрения В.В.Митькова: “должно выдаваться разрешение на каждый конкретный вид исследования после сдачи экзамена” [5], но в нормативных документах по сертификации такая возможность не оговорена.

Непозволительной роскошью является работа на дорогостоящем оборудовании недостаточно подготовленных врачей. Ультразвуковой диагностический аппарат эффективен в руках грамотного специалиста. В противном случае результаты УЗИ дезориентируют врача и могут принести, в конечном итоге, вред больному.

На наш взгляд, врачом ультразвуковой диагностики может быть как рентгенолог (он же лучевой диагност), так и врач-клиницист, предполагающий заниматься только УЗД, а также узкий специалист (кардиолог, уролог, гинеколог, гастроэнтеролог и т.д.), который будет заниматься УЗД в области своих интересов, совмещая эту деятельность с основной специальностью. Выбор специалиста должен зависеть от личности врача (его энергичности, интеллекта, способности к самообразованию и т.д.), конкретных особенностей лечебного учреждения.

Мы сознательно представили свои соображения в дискуссионном виде, понимая, что наши оппоненты могут во многом с нами не согласиться. В то же время, постоянное общение с практическими врачами ультразвуковой диагностики убеждает в необходимости такого обсуждения. Нашей общей целью является создание в стране современного здравоохранения. В ультразвуковой диагностике предпосылки такие есть. Поэтому особенно обидно, если из-за нашего организационного недомыслия, междоусобиц и недостатка профессионального образования не будут в полной мере использованы возможности современных эффективных медицинских технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варшавский Ю.В. Организационные проблемы российской рентгенологии //Медицинская визуализация. - 1995. - Окт.-дек. - С. 41-45.
2. Интервью профессора П.В.Власова с профессором А.Е. ван Вуртуисеном //Вестник рентгенологии и радиологии. - 1995. - № 2. - С. 57-59.
3. Линденбратен Л.Д. Радиология без иллюзий. Некоторые соображения в юбилейный год //Медицинская визуализация. - 1995. - Окт.-дек. - С. 4-6.
4. Малоинвазивная хирургия в гастроэнтерологии /А.Н.Потов, Н.М.Кузин, О.С.Шкроб и др. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 1996. - № 4. - С. 222.
5. УЗ диагностика: состояние, проблемы, перспективы развития. Дискуссия /Ю.Ю.Атьков, Э.Я.Дубров, А.В.Зубарев и др. //Компьютерные технологии в медицине. - 1996. - № 3. - С. 10-17.
6. Шахов Б.Е. Сохранить престиж специальности //Медицинская визуализация. - 1996. - № 1. - С. 34-38.
7. Шехтер А.И. Хроника //Визуализация в клинике. - 1993. - № 2. - С. 1-3.

PRESENT PROBLEMS IN TRAINING SPECIALISTS IN THE FIELD OF ULTRASOUND DIAGNOSIS

S.I.PIMANOV, N.G.LUD

Main principles of sonographer training in Republic Belarus and in other countries are analysed. Method of ultrasound diagnosis has a great importance in Republic Belarus, but the Public Health services hasn't conception of the ultrasound diagnostic services. Problems of specialization, subspecialization and attestation of sonographer aren't decided. As a basis for discussion the thesis about perfection of the ultrasound diagnostic services are proposed.